

**BERKAS PERMOHONAN PENDIRIAN DAN PERPANJANGAN IZIN OPERASIONAL  
KLINIK KECANTIKAN ESTETIKA KABUPATEN SUKOHARJO**

Nama Klinik Kecantikan Estetika : .....  
 Pemilik/Penangggungjawab : .....  
 Alamat Usaha : .....  
 No. Telp / HP : .....

NO.	BERKAS / DOKUMEN	KELENGKAPAN			KET.
		ADA	TIDAK	TL	
1	Surat permohonan bermaterai				
2	Fotocopy kartu identitas diri pemohon				
3	Fotocopy akte pendirian badan hukum jika berbentuk yayasan/cv				
4	Fotocopy NPWP pemohon				
5	Fotocopy sertifikat tanah dan IMB				
6	Fotocopy surat perjanjian tetangga untuk klinik kecantikan tipe pratama atau fotocopy izin HO untuk klinik kecantikan tipe utama				
7	Denah lokasi dengan situasi sekitarnya				
8	Denah bangunan				
9	Denah lokasi perjalanan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo				
10	Data Kelengkapan Bangunan				
11	Data Kelengkapan Peralatan				
12	Daftar obat kosmetik, obat-obatan dan implan yang digunakan				
13	Daftar jenis dan tarif pelayanan				
14	Data Ketenagaan dan Jadwal Shift				
15	Fotocopy perjanjian pemusnahan/pengelolaan limbah medik dengan tempat yang memiliki pengolahan limbah medik yang memenuhi syarat				
16	Fotocopy surat perjanjian sewa menyewa (minimal 2 tahun)				
17	Surat pernyataan bersedia mentaati peraturan yang berlaku yang ditandatangani oleh pemilik dan penangggungjawab teknis medis				
18	Form rekam medis dan Inform concent				
19	Penangggungjawab teknis medis :				
	a. Surat Pernyataan Kesanggupan Penanggung Jawab Teknis Medis				
	b. Fotocopy KTP setempat				
	c. Fotocopy STR dan SIP				
	d. Surat Pengangkatan sebagai Penangggungjawab Teknis Medis				
	e. Fotocopy sertifikat pendidikan dan pelatihan bidang estetika medik oleh pendidikan nasional/internasional atau organisasi profesi terkait yang diakui pemerintah sesuai pedoman P2KB yang masih berlaku (5 tahun terakhir)				
20	Tenaga pelaksana :				
	a. Dokter/dokter gigi				
	- Surat Pernyataan Kesanggupan sebagai dokter pelaksana				
	- Fotocopy KTP setempat				
	- Fotocopy STR dan SIP				
	- Fotocopy Ijazah				
	- Surat Pengangkatan sebagai sebagai dokter pelaksana				
	- Fotocopy sertifikat pendidikan dan pelatihan bidang estetika medik oleh pendidikan nasional/internasional atau organisasi profesi terkait yang diakui pemerintah sesuai pedoman P2KB yang masih berlaku (5 tahun terakhir)				
	b. Dokter Spesialis				
	- Surat Pernyataan Kesanggupan sebagai dokter spesialis di sarana				
	- Fotocopy Ijazah				
	- Fotocopy KTP setempat				
	- Fotocopy STR dan SIP				
	- Surat Pengangkatan sebagai sebagai dokter spesialis di sarana				
	c. Perawat				
	- Surat Pernyataan Kesanggupan sebagai perawat di sarana				
	- Fotocopy KTP setempat				
	- Fotocopy STR dan SIK				
	- Fotocopy Ijazah				
	- Surat Pengangkatan sebagai sebagai perawat di sarana				

NO.	BERKAS / DOKUMEN	KELENGKAPAN			KET.
		ADA	TIDAK	TL	
d.	Apoteker				
	- Surat Pernyataan Kesanggupan sebagai Penanggungjawab Sarana Farmasi				
	- Fotocopy Ijazah				
	- Fotocopy KTP setempat				
	- Fotocopy STRA dan SIPA				
	- Surat Pengangkatan sebagai sebagai Penanggungjawab Sarana Farmasi				
e.	Asisten Apoteker				
	- Surat Pernyataan Kesanggupan sebagai tenaga asisten apoteker				
	- Fotocopy Ijazah				
	- Fotocopy KTP setempat				
	- Fotocopy STRTTK dan SIKTTK				
	- Surat Pengangkatan sebagai sebagai tenaga asisten apoteker				
f.	Beautician/Aesthecian/Cosmetologist				
	- Surat Pernyataan Kesanggupan sebagai tenaga Beautician / Aesthecian / Cosmetologist				
	- Fotocopy KTP setempat				
	- Fotocopy Ijazah				
	- Fotocopy Surat Ijin Kerja sebagai Beautician atau Senior Beautician atau Aesthetician/Cosmetologist				
- Surat Pengangkatan sebagai tenaga Beatician / Aesthecian / Cosmetologist					
21	Fotocopy kerjasama dengan rumah sakit rujukan (untuk tipe Utama)				
22	Pas Foto berwarna pemohon : 4 x 6 cm sebanyak 2 lembar				
23	SOP yang ditandatangani penanggungjawab teknis medis				

Berkas lengkap diterima tanggal : .....  
Dikunjungi tanggal : .....  
Izin selesai tanggal : .....

Pemeriksa

.....